



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-491 - HERNIA INGUINAL ASOCIADA A ENDOMETRIOSIS DEL LIGAMENTO REDONDO

Romera Barba, Elena; Sánchez Pérez, Ainhoa; Gálvez Pastor, Silvia; Castañer Ramón-Llín, Juan; Navarro García, María Inmaculada; Carrillo López, María José; Martínez Manzano, Álvaro; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial funcionante extrauterino. Afecta a un 8-15% de mujeres en edad fértil, siendo su localización más frecuente intrapélvica. Las formas extrapélvicas afectan a un 12% de las mujeres con endometriosis, asentando en diversas localizaciones como el tracto gastrointestinal, genitourinario, pulmón o pared abdominal. La endometriosis de pared abdominal es rara y, aunque puede aparecer de forma primaria, habitualmente suele ser secundaria a intervenciones ginecológicas u obstétricas localizándose sobre cicatrices laparotómicas, laparoscópicas o perineales. Con menor frecuencia puede aparecer en la región inguinal, concurriendo o imitando a una hernia inguinal.

Caso clínico: Mujer de 44 años sin antecedentes personales de interés, que consultó por una tumoración dolorosa reductible sugestiva de hernia inguinal. Con diagnóstico de hernia inguinal se intervino de forma programada hallando una tumoración quística a nivel del ligamento redondo. Se realizó exéresis de la misma y herniorrafia según técnica Shouldice. La anatomía patológica informó de endometriosis del ligamento redondo y saco herniario. Posteriormente fue remitida a Ginecología descartándose endometriosis pélvica.

Discusión: La endometriosis inguinal es muy rara, y se relaciona con implantes de tejido endometrial en el ligamento redondo. Fue descrita por primera vez en 1896 por Allen y desde entonces existen aproximadamente unos 82 casos de esta rara localización descritos en la literatura. Se presenta como una tumoración blanda en la zona inguinal en mujeres premenopáusicas, que puede ser más sintomática durante el período menstrual, y en ocasiones puede empeorar con la tos y los esfuerzos físicos. El 37% de las endometriosis inguinales se asocian a una hernia inguinal y en alguna rara ocasión, a una femoral. En más del 90% de los casos, asienta en el lado derecho sin una clara justificación fisiopatológica. La presentación bilateral es extremadamente infrecuente. Histológicamente se caracteriza por la presencia de los dos componentes del tejido endometrial típico: glándulas revestidas de epitelio cilíndrico y estroma. El diagnóstico con frecuencia se obtiene tras el estudio anatomopatológico de la pieza, aunque puede establecerse la sospecha por la clínica, con lo que debe formar parte del diagnóstico diferencial de las tumoraciones inguinales, especialmente en mujeres en edad fértil con exacerbación de la clínica en el periodo menstrual. La ecografía, el TC o la RNM ayudan a valorar la extensión y establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos. La PAAF puede ser útil para confirmar el diagnóstico. En cualquier caso, debe

investigarse la presencia de endometriosis genital o pélvica debido a que se encuentra asociada en un 25% de los casos. El tratamiento de elección es la resección con márgenes adecuados, asociada a la reparación del defecto herniario en caso de que coexista. La recidiva es infrecuente, así como el riesgo de malignización (0,3-1%).